

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 janvier 1900, à 1 heure

PAR

M^{lle} ENTZ

CONSULTATIONS DE NOURRISSONS

Allaitement au Sein et Allaitement Artificiel

Président : M. BUDIN, Professeur.

Juges : MM. {
DIEULAFOY, Professeur.
MARFAN, Agrégé.
THOINOT, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547925_0074

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 janvier 1900, à 1 heure

PAR

M^{lle} ENTZ

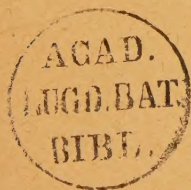
CONSULTATIONS DE NOURRISSONS

Allaitement au Sein et Allaitement Artificiel

Président : M. BUDIN, Professeur.

Juges : MM. {
DIEULAFOY, Professeur.
MARFAN, Agrégé.
THOINOT, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	{ GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	{ FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	
Clinique chirurgicale.....	{ JOFFROY.
	{ RAYMOND.
Clinique ophtalmologique.....	{ BERGER.
Clinique des voies urinaires.....	{ DUPLAY.
Clinique d'accouchement.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ PANAS.
	{ GUYON.
	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agréés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

AVANT-PROPOS

Il y a quelques années, nous avons eu l'occasion de visiter une crèche dans une préfecture de province. Le délabrement, l'insalubrité du local, l'humidité des murs, l'air maladif et misérable des enfants que l'on y gardait laissèrent en nous l'impression la plus pénible.

Nous ignorions alors tout de la médecine.

Cependant, nous comprenions que ces enfants étaient malades parce qu'ils vivaient dans un milieu malsain, parce que des fautes de toute sorte étaient journellement commises contre l'hygiène, tant par l'administration qui tolérait une agglomération d'enfants dans de semblables locaux que par les personnes qui s'en occupaient directement, leur prodiguant des soins affectueux, mais inintelligents.

Aussi notre enthousiasme fut grand lorsque, au mois d'avril 1899, stagiaire dans le service de M. le professeur Budin, nous assistâmes à la consultation de nourrissons qui a lieu chaque vendredi.

Comme nous étions loin de cette crèche si défectueuse, de ces enfants athrepsiques qui nous avaient tant frappée. Là, les nourrissons étaient presque tous de fort beaux enfants, pleins de santé, très bien soignés. Les mères, quoique de condition fort simple, rendues attentives au développement de leur enfant par l'intérêt suivi

que leur portait le médecin, s'en occupaient beaucoup. Tous les petits soins d'hygiène qui sont négligés en général, même dans des classes plus aisées, étaient donnés à ces enfants avec assiduité.

Quant à la direction de l'allaitement, et c'est là le point capital, elle était tout entière entre les mains de M. le professeur Budin.

Cette consultation de nourrissons, véritable Ecole des mères, suivant l'expression de M. le Dr Henri de Rothschild, élève de M. le professeur Budin, nous intéressa vivement. Nous y avons assisté très régulièrement depuis, et nous sommes de plus en plus persuadée que là est le progrès, la voie tracée qu'il faut suivre.

C'est donc dans un esprit de propagande que nous avons demandé à M. le professeur Budin de vouloir bien nous autoriser à faire notre thèse inaugurale sur sa consultation.

M. le professeur Budin, avec une grande bienveillance, a mis à notre disposition tous les documents qui pouvaient nous être utiles.

Nous y avons abondamment puisé. Qu'il veuille bien recevoir ici, comme remerciements, l'assurance que, dans notre pratique, créant nous-même une consultation de nourrissons, nous ferons tout notre possible pour répandre et faire fructifier son idée si généreuse et si humanitaire.

Que M. le Dr Planchon, moniteur à la Clinique, nous permette aussi de le remercier. Il nous a aidée de ses conseils, de son expérience et nous ne saurions l'oublier.

Notre travail se divisera ainsi qu'il suit :

- 1° *Historique des consultations ;*
- 2° *La consultation de la clinique Tarnier ;*
- 3° *L'allaitement au sein et l'allaitement artificiel ;*
- 4° *Conclusions.*

HISTORIQUE DES CONSULTATIONS DE NOURRISSONS

Les consultations de nourrissons ont été créées par M. le professeur Budin dans le but de diriger l'allaitement, de le surveiller, de donner des conseils aux mères pauvres.

Bien que l'allaitement soit une fonction physiologique il est le plus souvent défectueux et par suite la mortalité infantile est considérable.

Nous avons fait dans la statistique municipale de la Ville de Paris le relevé du chiffre des enfants au-dessous d'un an, morts par gastro-entérite dans ces huit dernières années et nous avons trouvé que ce chiffre était de 22.457, ce qui fait une moyenne de 2.807 enfants par an. Or, la gastro-entérite est la conséquence des fautes commises dans l'allaitement. Il fallait donc, pour remédier à cet état de choses, enseigner aux mères les règles de l'allaitement et cela en se mettant en contact fréquent avec elles.

Dès 1892, avec l'autorisation de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, M. le Professeur Budin organisa une consultation de nourrissons, à la Charité, avec le concours dévoué de M. le Dr Chavanne, alors son interne.

Voici, d'après M. le Pr Budin, comment elle fonctionnait : « Les femmes qui ont accouché chez nous et qui habitent dans le voisinage de l'hôpital nous apportent leur enfant chaque vendredi. Cet enfant est examiné et pesé. Sur un registre spécial nous notons tous les renseignements qui le concernent et son poids y est inscrit nous pouvons ainsi établir sa courbe.

« Dans le cas où l'allaitement au sein est manifestement insuffisant, nous prescrivons une quantité variable de lait stérilisé que la mère vient ou envoie chercher chaque matin. Ce lait est fourni à nos frais. Dans quelques cas même, la femme n'ayant pas de lait du tout, son enfant ne boit que du lait stérilisé. Chaque enfant a sa fiche sur laquelle nous marquons le numéro du registre, la date de naissance de l'enfant, son poids hebdomadaire, la quantité de lait qui doit lui être distribuée, etc ». (1)

Cette consultation était donc fréquentée uniquement par les femmes accouchées dans le service. Habitues pendant leur séjour à l'hôpital à voir progresser la courbe de leur enfant, elles avaient déjà pu constater par elles-mêmes les résultats obtenus en réglant le nombre des tétées, la quantité de lait prise à chaque tétée, et elles étaient par ce fait préparées à une certaine docilité. Comme on le voit, M. le Professeur Budin encourageait de toutes ses forces l'allaitement au sein et ne donnait du lait stérilisé que lorsqu'il jugeait que c'était indispensable. De plus, afin d'encourager les mères à venir à cette consultation, il leur distribuait des layettes en récompense.

Ce premier essai donna des résultats très encourageants quarante-neuf enfants furent suivis régulièrement pendant les chaleurs de l'été de 1892.

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 25 juillet. Communication de M. le professeur Budin, en collaboration avec M. Chavane.

Sur ces 49 enfants :

28 étaient nourris au sein.

21 étaient à l'allaitement mixte ou à l'allaitement artificiel.

On enregistra deux décès, celui du n° 82 du registre qui mourut d'une broncho-pneumonie tuberculeuse dans le service de M. Constantin Paul, et celui du n° 110 qui était à l'allaitement mixte et qui fut pris brusquement de convulsions et succomba avant qu'on eût pu prévenir un médecin. Quant aux autres enfants ils ne présentèrent que peu ou pas de troubles intestinaux, tandis qu'en ville la mortalité de zéro à un an par gastro-entérite était de 136, 180 et 138 par semaine ! (1)

Ces résultats encouragèrent l'Assistance Publique à tel point que cette consultation, faite jusque-là aux frais de M. le Professeur Budin, fut reconnue officielle et inscrite à son budget.

En 1895, M. le Professeur Budin fut nommé accoucheur de la Maternité ; il y créa une consultation analogue à celle qui fonctionnait à la Charité et, en mars 1898, appelé à succéder à M. le Professeur Tarnier comme Professeur de clinique d'accouchements, il en organisa une troisième à la Clinique de la rue d'Assas.

La consultation de nourrissons créée à la Charité en 1892, est dirigée actuellement, avec une compétence toute spéciale, par M. le docteur Maygrier. M. le docteur Porrak continue également à faire chaque semaine la consultation de la Maternité.

Voilà donc trois hôpitaux où chaque semaine : soins, conseils, lait, sont donnés gratuitement aux mères pauvres.

Depuis que M. le professeur Budin a créé la première

(1) BUDIN et CHAVANE. — *Loc. cit.*,

consultation en 1892, l'effort des médecins et des philanthropes s'est dirigé dans cette voie.

M. le docteur Variot annexe une consultation de nourrissons à son dispensaire de Belleville en 1893 (1) ; M. le docteur Henri de Rothschild fonde son dispensaire de la rue Picpus en 1896 (2).

En 1896 également, le docteur Dubrisay père crée une consultation rue Jean-Lantier.

Le Conseil général de la Seine ne reste pas étranger au mouvement.

Sur l'initiative de M. le sénateur Paul Strauss, dont le nom est associé à tout ce qui touche à la protection de l'enfance, une consultation est créée rue du Chemin-Vert, le 1^{er} juin 1895. Cette consultation est confiée aux soins éclairés de M. le docteur Chavane, tout particulièrement indiqué à remplir cette tâche par sa collaboration quotidienne avec M. le professeur Budin (3).

Le 1^{er} avril 1898 le Conseil municipal en crée une seconde, rue Ordener.

De plus, à la suite des remarquables travaux de la commission du lait et du rapport fait à la commission des crèches par une sous-commission composée des docteurs Variot, Madeleine Brès et Pierre Budin, rapporteur, le Conseil municipal décide de n'accorder à l'avenir de subvention qu'aux crèches qui feront usage de lait stérilisé.

Enfin, le 1^{er} mars 1899, sous la direction de M. le docteur Napias, trois nouvelles consultations viennent d'être

(1) *Thèse MAUCHAMP* : l'allaitement artificiel des nourrissons par le lait stérilisé, Paris 1899.

(2) Allaitement mixte et allaitement artificiel par H. DE ROTHSCHILD, Paris 1898.

(3) Une année de consultation rue du Chemin-Vert. CHAVANE in *l'obstétrique* 1896, p. 511.

créées rue Saint-Benoît, rue La Rochefoucauld et rue Gauthery.

Nous ne pouvons ici que rappeler le vœu formulé par M. le professeur Budin, dans sa communication à l'Académie du 25 juillet 1899, tendant à voir accorder à MM. les docteurs Bonnaire, Bar et Boissard (1), accoucheurs des hôpitaux, les consultations qu'ils demandent pour leurs services.

En province des consultations s'organisent également.

En 1893, la municipalité de Dieppe s'occupait d'en fonder une et votait 2,000 francs à cet effet; malheureusement une nouvelle période électorale arrive, la municipalité est renversée et ses projets abandonnés.

En 1894, la municipalité de Grenoble accorda au docteur Berlioz les sommes nécessaires pour distribuer en été du lait stérilisé aux enfants pauvres.

A Fécamp, le docteur Dufour, ignorant les essais faits dans d'autres villes, épouvanté de la mortalité considérable qui ravageait en été la population infantile de Fécamp, créa, en juillet 1894, une consultation de nourrissons qu'il appela la « Goutte de Lait ».

L'action de la « Goutte de Lait » s'exerce de la façon suivante, dit M. Dufour « dans la chronique du foyer, 1^{er} décembre 1898 » (2) :

a) En donnant aux mères de famille tous les conseils et encouragements possible pour les engager à nourrir elles-mêmes leurs enfants au sein.

b) Toutes les fois que l'allaitement maternel ne peut être fait complètement et réclame le secours de moyens

(1) M. le docteur Boissard fait à ses frais une consultation à l'hôpital Tenon.

(2) Cité par M. le professeur Budin in comm. acad. médecine, 25 juillet 1899.

artificiels, l'Œuvre fournit le lait de façon que l'enfant reçoive une alimentation mixte.

c) Quand il est bien avéré que la mère est dans l'impossibilité physique ou sociale de nourrir son enfant, l'Œuvre se charge de préparer elle-même le lait qui est destiné à ce dernier afin d'éviter les fautes commises dans cette préparation et aussi afin d'assurer à l'enfant un lait de bonne qualité.

Tous les enfants du premier âge de la ville de Fécamp sont admis à bénéficier de l'Œuvre de la goutte de lait.

Ils sont répartis en trois catégories :

a) Section gratuite ;

b) Section demi payante ;

c) Section payante.

Dans la première sont inscrits les enfants pauvres.

Dans la deuxième ceux des ouvriers.

Dans la troisième les enfants des classes bourgeoise et riche.

Les enfants de ces sections reçoivent le même lait, préparé de la même manière et distribué dans un matériel semblable.

M. le Dr Dufour fait subir au lait une modification spéciale. C'est à dessein que nous n'en parlons pas dans ce chapitre d'histoire.

A l'étranger l'élan est également donné et M. le Dr Papapanagioton vient de créer à Athènes une consultation analogue, avec distribution de lait stérilisé.

Donc dix consultations de nourrissons fonctionnent actuellement à Paris, deux en province, une à l'étranger. Espérons que conseils municipaux et les médecins, unissant leurs efforts, ces consultations vont devenir de plus en plus nombreuses.

CONSULTATION DE LA CLINIQUE TARNIER SON FONCTIONNEMENT.

La consultation de la Clinique Tarnier a lieu chaque vendredi à neuf heures du matin.

Cette consultation est suivie par les femmes qui ont accouché à la Clinique.

Pendant le séjour à la Clinique la courbe de chaque enfant est commencée. Le jour de sortie de la mère on lui remet une petite fiche rose sur laquelle sont inscrits la date et le poids de naissance de l'enfant.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. -- LIBERTÉ-ÉGALITÉ-FRATERNITÉ

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT TARNIER

89, rue d'Assas

CONSULTATION DES NOURRISSONS

Le vendredi matin à 9 heures

NOM		N° de l'Accouchement		PARTICULARITÉS
NAISSANCE		SORTIE		
DATE	POIDS	DATE	POIDS	

(Fiche rose).

La date et le poids de sortie.

Le mode d'alimentation ainsi que les renseignements complémentaires s'il y a lieu.

Cette fiche va servir à établir l'observation de l'enfant lorsqu'il sera présenté à la consultation. En effet, toute femme qui vient à la consultation pour la première fois est tenue de rapporter cette fiche, de la remettre au moniteur chargé de ce service. En échange on lui remet une fiche de carton blanc sur laquelle sont recopiés tous ces renseignements.

Cette fiche est de plus divisée en colonnes :

1^{re} colonne : Date des présentations.

2^e colonne : Quantité de bouteilles de lait stérilisé et

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

LIBERTÉ — ÉGALITÉ — FRATERNITÉ

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT TARNIER

89, rue d'Assas

Service d'Accouchement

CONSULTATIONS EXTERNES DES NOURRISSONS

Le vendredi matin à 9 heures

Nom N° du Registre.....

Naissance. { Date
 { Poids Sexe

Sortie. . . . { Date
 { Poids Mode d'alimentation

DATES	NOMBRE de bouteilles	POIDS	DIFFÉRENCE	Moyenne	OBSERVATIONS

(Fiche blanche).

contenance de chaque bouteille dans le cas où l'alimentation serait mixte ou artificielle.

3^e colonne : Poids de l'enfant le jour de présentation.

4^e colonne : Différence en plus ou en moins sur le poids de la fois précédente.

5^e colonne : Moyenne d'augmentation par jour.

6^e colonne : Observations.

Grâce à ce système de fiches il est aisé de se rendre compte du développement de l'enfant.

Voici comment se passe une consultation :

Les mères arrivent avec leurs enfants avant 9 heures. Elles les déhabillent aussitôt.

Un moniteur, assisté d'une surveillante et d'une infirmière, passe une première visite afin d'éliminer tout enfant suspect de maladie contagieuse (1).

Les enfants, qui n'ont pas tété depuis deux heures environ, sont ensuite pesés. Les poids sont inscrits sur leur fiche respective. Puis les mères sont autorisées à leur donner le sein. La consultation est ensuite faite par M. le professeur Budin. Il examine successivement chaque enfant qui lui est présenté déshabillé. Il cause avec la mère, s'intéresse aux moindres détails, l'oblige à surveiller elle même son enfant de très près, fait en quelque sorte son éducation clinique de mère, en lui montrant comme une faute commise par elle retentit immédiatement sur la santé de son enfant, comme, au contraire, l'observation stricte des conseils qu'on lui donne a pour conséquence immédiate le développement normal et régulier du nourrisson.

Il rencontre bien des difficultés, c'est certain. Mais, en

(1) Les enfants qui pour cette raison sont renvoyés momentanément de la consultation sont visités à domicile par les moniteurs de la Clinique.

général, ces femmes, appartenant toutes au milieu ouvrier, sont assez dociles.

Elles voient du reste autour d'elles d'autres enfants qui ne sont pas suivis comme le leur et qui sont malades, et cet enseignement du voisinage contribue certainement pour sa part à leur régularité à venir à l'hôpital.

Les enfants qui suivent la consultation peuvent être divisés en trois catégories au point de vue du mode de l'alimentation.

1° Enfants soumis à l'allaitement au sein.

2° Enfants soumis à l'allaitement artificiel.

3° Enfants soumis à l'allaitement mixte.

123 enfants ont suivi la consultation de la clinique Tarnier du premier avril 1898 au 31 juillet 1899.

Sur ces 123 enfants, 74 ont été exclusivement nourris au sein.

10 ont l'allaitement artificiel ; 3 parce que les mères n'avaient pas de lait ; 5 qui avaient été envoyés en nourrice sevrés, puis amenés à la consultation parce qu'ils étaient malades ; 2 parce que les mères avaient dû rentrer à l'hôpital, atteintes d'une maladie aiguë.

Quatre enfants ont été d'abord nourris au sein ensuite à l'allaitement mixte puis, la sécrétion lactée étant devenue suffisante, l'allaitement au sein a suffi.

1 a été à l'allaitement mixte puis le sein a suffi.

1 a eu d'abord l'allaitement mixte puis, le lait ayant paru revenir, il a été de nouveau à l'allaitement maternel. Mais la mère ayant eu ses règles a vu la sécrétion lactée diminuer et on a dû instituer de nouveau l'allaitement mixte.

6 ont eu d'abord le sein seulement puis l'allaitement mixte.

3 ont eu tout le temps l'allaitement mixte.

10 ont d'abord eu le sein puis ont été successivement à l'allaitement mixte puis à l'allaitement artificiel.

10 ont d'abord été à l'allaitement mixte puis à l'allaitement artificiel.

4 ont eu d'abord le sein puis l'allaitement artificiel.

Si nous voulons condenser cette statistique nous obtenons les chiffres suivants :

Allaitement au sein 79.

Allaitement artificiel d'emblée 10.

Allaitement artificiel secondaire 24.

Allaitement mixte 10.

C'est-à-dire les $\frac{2}{3}$ des enfants qui suivent la consultation sont nourris au sein par leur mère.

Le $\frac{1}{3}$ est nourri à l'allaitement mixte ou à l'allaitement artificiel après essai loyal de la mère pour faire elle-même la nourriture de son enfant.

Comme on le voit, la consultation de nourrissons a pour but d'encourager l'allaitement maternel, d'en tirer le plus de parti possible, et de n'user de moyens adjuvants pour élever l'enfant que lorsque réellement on ne peut pas faire autrement.

Nous allons maintenant essayer de faire un exposé clinique de l'allaitement dans ces trois catégories d'enfants, en nous guidant sur ce qui se pratique à la consultation.

I. -- ALLAITEMENT AU SEIN ET ALLAITEMENT ARTIFICIEL.

A. — ALLAITEMENT AU SEIN.

Une femme n'est qu'à moitié mère pour avoir enfanté (MARC AURÈLE).

Le lait de la femme est, par excellence, l'aliment de l'enfant nouveau-né.

Dès le troisième ou le quatrième mois de la grossesse, l'épithélium de la glande mammaire commence à sécréter un liquide particulier : le colostrum.

Ce liquide est épais, visqueux, blanc jaunâtre, tachant le linge. Dans les derniers jours de la grossesse, il devient plus aqueux. Après l'accouchement, il est sécrété en plus grande abondance.

Vers le troisième ou le quatrième jour après l'accouchement, le travail de la glande devient plus actif, le colostrum, se transforme en lait, la sécrétion devient plus abondante : c'est la montée laiteuse.

Un certain nombre de questions importantes se posent dès lors pour l'alimentation de l'enfant.

A quel moment le mettra-t-on au sein pour la première fois ?

Devra-t-on lui donner quelque chose entre la naissance et la première tétée ?

Pendant combien de temps le laissera-t-on au sein ?

Comment réglera-t-on les tétées ?

Quelle quantité de lait devra-t-il prendre ?

Aucun de ces points ne devra être négligé dans la pratique. Plus tôt la règle sera rétablie, plus son observation sera facile.

A quel moment mettra-t-on l'enfant au sein ?

On peut largement attendre vingt-quatre heures. On laissera ainsi la mère se remettre des fatigues de l'accouchement.

Si l'enfant est très vigoureux, s'il crie trop on pourra lui donner pour le calmer une ou deux cuillerées à café de lait stérilisé coupé d'eau bouillie tiède et bien sucrée ; mais s'il y a moyen d'attendre, ce qui arrive le plus souvent, il vaudra mieux ne rien lui faire ingérer avant cette première tétée.

Le médecin devra assister à cette première tétée, ne pas craindre d'entrer dans tous les petits détails. Plus lui-même donnera d'importance à tout ce qui touche à l'allaitement, plus la mère en sera frappée, et il aura tout à gagner à ne rien négliger.

Il placera donc l'enfant horizontalement près du sein de la mère après avoir préalablement préparé les bouts des seins comme nous le dirons plus loin. Il veillera à ce que les narines soient bien libres, le bout de sein bien saisi et il regardera l'enfant téter. Il verra ainsi si la succion est mal faite, si l'enfant n'avale pas de lait, si le lait ressort par les narines ou si tout se passe normalement.

Doit-on lui donner quelque chose entre la naissance et la première tétée ?

Comme nous venons de le dire, si l'enfant est très vigoureux, s'il crie beaucoup, on pourra le calmer en lui donnant quelque cuillerées à café de lait stérilisé coupé d'eau bouillie. Mais il faudra s'abstenir de tomber dans la faute commise si souvent et qui consiste à donner à l'enfant, de l'eau de fleurs d'orangers et du sirop de chicorée.

« Cela est au moins inutile, et si l'enfant en prend plus d'une ou deux cuillerées à café, il ne peut pas les digérer, dort mal et pousse des cris jusqu'à ce qu'il ait vomi à plusieurs reprises, ce qui comble d'aise les matrones qui ne manquent pas de dire qu'il a bien rendu ses flumes » (1).

Dans ces leçons de clinique obstétricale, M. le professeur Budin cite le fait suivant (2) :

En 1878, il avait accouché, rue Gay-Lussac, une jeune femme qui devait allaiter son enfant. Le lendemain de l'accouchement, la grand-mère lui demanda ce qu'on devait faire pour empêcher le nouveau-né de vomir. « Surtout ne lui donnez pas d'eau de fleurs d'orangers ». L'enfant continue à vomir ; deux jours après, M. le professeur Budin, de nouveau consulté à ce sujet, fait les mêmes recommandations, insiste de nouveau sur le liquide incriminé et la grand-mère soutient qu'on n'en donne pas à l'enfant. Au même moment, le nouveau-né qu'elle tenait sur ses bras, vomit un liquide clair filant,

(1) TARNIER et CHANTREUIL.

(2) P. BUDIN. — Leçons de clinique obstétricale, page 272.

qui tomba sur le parquet et qui trahit par son odeur la présence de la fleur d'oranger.

La grand-mère, prise en flagrant délit, jura de ne plus recommencer et, en effet, les vomissements ne se reproduisirent plus.

Quant au sirop de chicorée il est administré dans une autre intention. Après la naissance, pendant deux ou trois jours, l'enfant évacue le méconium que contient son intestin. Lorsque cette évacuation cesse, croyant nécessaire de la faire continuer, on donne à l'enfant du sirop de chicorée.

Cette pratique est nuisible, fatigue le tube digestif du nouveau né, l'irrite et n'a aucune utilité.

Donc ni eau de fleurs d'orangers, ni sirop de chicorée.

Pendant combien de temps laissera-t-on l'enfant au sein ?

Si l'enfant est vigoureux, si la mère a du lait, il ne faudra pas le laisser plus de dix minutes.

Si au contraire l'enfant est faible, si la mère a peu de lait, il faudra l'y laisser le temps nécessaire pour qu'il puisse prendre une quantité suffisante.

S'il a de la paresse à téter, s'il s'endort au sein sans tirer, il faudra le réveiller, l'exciter à faire des mouvements de succion et au besoin lui faire une friction douce sur tout le corps avant de le mettre au sein.

Comment réglera-t-on les tétées ?

Cette question est de la plus haute importance. C'est parce que les tétées n'ont pas été réglées que nous voyons

tant d'enfants atteints de gastro-entérite succomber pendant les chaleurs de l'été.

En effet, la suralimentation qui est le corollaire de l'irrégularité des tétées est presque toujours la cause de la gastro-entérite. Pendant les grosses chaleurs de l'été nous avons voulu observer de près des cas graves de gastro-entérite.

La Clinique Tarnier qui nous était si largement ouverte, ne nous offrait point d'enseignement à ce sujet car, grâce justement à l'organisation de la consultation, ces accidents sont évités aux enfants qu'on y peut suivre. Nous avons donc pour cela assisté aux consultations des hôpitaux d'enfants. Il nous a été donné d'y observer des cas très intéressants. En voici un par exemple :

Le 11 septembre, une femme vient présenter son enfant atteint de gastro-entérite,

Le visage de la mère nous frappe. Il ne nous est pas inconnu.

En effet, lorsqu'elle déshabille son enfant nous voyons qu'il a un pied-bot et nous nous rappelons alors que nous avons accouché nous-même cette femme à la Clinique Tarnier. L'enfant a quatre mois.

On interroge la mère. Elle raconte au chef de service qu'elle donne le sein à son enfant toutes les fois qu'il pleure, qu'il tette aussi longtemps que cela lui fait plaisir. Elle dit en outre qu'il n'a augmenté que de 500 grammes depuis sa naissance. Bien qu'elle ait rougi en nous voyant, elle affecte de ne pas nous reconnaître. Cependant nous l'appelons, après que le chef lui a donné des conseils, et nous lui demandons son nom afin de nous reporter au registre et de savoir l'histoire de cet enfant. En effet, le soir nous allons à la Clinique nous renseigner et voici ce que nous trouvons : La femme L... est accouchée le 30 avril 1899, d'un enfant pesant 3.020 grammes.

Elle s'est montrée très peu docile aux conseils qu'on lui donnait. Le 7 mai, c'est à dire le huitième jour après son accouchement, elle est partie de l'hôpital malgré l'avis du médecin. Son

enfant ne pesait que 2.970 grammes. Il n'avait pas regagné son poids de naissance. On n'entend plus parler d'elle jusqu'au 2 juin.

Le vendredi 2 juin, elle vient présenter son enfant. Il est malade, il a de la diarrhée, elle trouve qu'il ne profite pas.

Il ne pèse que 3.350 grammes. En vingt-cinq jours il a augmenté de 380 grammes, ce qui fait une moyenne de 14 gr. 8 par jour. Comme son enfant n'est pas du tout réglé, qu'elle lui donne le sein à tout propos, on lui donne des indications pour qu'elle espace les tétées et l'on note sur le registre : Enfant à régler.

Mécontente sans doute des observations qu'on lui avait faites, elle ne se représente plus à la consultation des nourrissons.

Le hasard nous la fait revoir le 11 septembre, dans un autre hôpital, et la conclusion est la même : Enfant à régler avant toute chose.

Voici un autre cas :

C'est un enfant de 18 mois. Il est rachitique ; il a un chapelet costal très net, les jambes incurvées, un gros ventre flasque. Sa mère vient consulter parce qu'il ne marche pas encore et parce qu'il a une gastro-entérite chronique. Cet enfant n'a jusqu'ici pris exclusivement que le sein, mais, comme l'avoue très simplement la mère, il a tété sans règle, s'endormant au sein. Il arrivait souvent qu'il tétait toutes les demi-heures.

On ne peut donc dans ce cas incriminer le *lait pur stérilisé* d'être cause de la gastro-entérite, ni un lait contenant des microbes, puisque l'enfant n'a eu que le sein de sa mère. La mauvaise direction de l'allaitement est seule coupable, et les accidents d'intolérance du tube digestif apparaissent aussi bien avec le lait de la mère qu'avec le lait pur stérilisé toutes les fois que les règles de l'allaitement sont violées.

Quelles sont donc ces règles ?

M. le professeur Budin nous enseigne qu'il faut

espacer les tétées de deux heures en deux heures pendant le jour et de ne donner le sein à l'enfant que deux fois pendant la nuit, de manière à ce qu'il ait de huit à neuf tétées dans les vingt-quatre heures. De ne laisser l'enfant au sein que pendant dix minutes au maximum afin d'éviter une surcharge de l'estomac. Mais on ne saurait formuler de règle générale, c'est la balance qui guidera le médecin. Il vaut beaucoup mieux que l'enfant prenne trop peu que trop. S'il prend trop, l'estomac perd sa puissance contractile ; il devient atone et dilaté ; il n'évacue plus son contenu qui fermente et produit des toxines qui sont résorbées. Le mal est difficile à réparer.

S'il prend trop peu, le tube digestif conservant son intégrité absolue, il n'y a qu'à augmenter la quantité de lait.

Quelle quantité de lait devra-t-il prendre ?

Voici d'après Bouchaud (1) la quantité prise à chaque tétée par un enfant allaité par sa mère.

Le 1 ^{er} jour.....	3 grammes
le 2 ^e	15 —
le 3 ^e	40 —
les 4 ^e , 5 ^e , 6 ^e	55 —
Jusqu'à 1 mois.....	60 —
les 2 ^e et 3 ^e mois.....	70 —
le 4 ^e et 5 ^e	100 —
le 6 ^e mois.....	120 —
le 7 ^e	150 —
le 8 ^e et 9 ^e	180 —
les 10 ^e et 11 ^e	190 —
le 12 ^e mois.....	200 grammes ou une soupe. 3 soupes par jour.

(1) TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN.

Voici, également d'après Bouchaud, l'augmentation de poids d'un enfant bien portant nourri par la mère.

1 ^{er} mois.....	25	grammes par jour.
2 ^e	23	—
3 ^e	22	—
4 ^e	20	—
5 ^e	18	—
6 ^e	17	—
7 ^e	15	—
8 ^e	13	—
9 ^e	12	—
10 ^e	10	—
11 ^e	8	—
12 ^e	7	—

Il résulte des travaux de M. le Dr Michel sur la nutrition normale du nouveau né(1), qu'un enfant bien portant, élevé au sein par une bonne nourrice augmente en moyenne de vingt-cinq à trente-cinq grammes par jour du cinquième au quinzième jour. Les chiffres donnés par Bouchaud peuvent donc être dépassés sensiblement sans préjudice pour la santé générale de l'enfant.

Donc deux points sont d'une importance capitale, dans l'allaitement : heure des tétées ; quantité de lait prise à chaque tétée.

La balance sera le meilleur guide de la mère et du médecin. Il faut peser les enfants, les peser souvent, régulièrement établir leur courbe, ne pas attendre l'écllosion d'accidents graves pour intervenir. Le meilleur remède à la gastro-entérite est la prophylaxie. Lorsque la maladie s'est installée, que le tube digestif a subi de graves perturbations il est souvent difficile, même impossible, d'enrayer le mal.

(1) Recherches sur la nutrition normale du nouveau né. CH. MICHEL in l'obstétrique, 1896, page 140.

Hygiène de la nourrice

La mère qui nourrit son enfant au sein doit être bien pénétrée du devoir qu'elle s'est imposé et de l'obligation dans laquelle elle se trouve d'observer certaines règles et dans son hygiène et dans son alimentation.

Le moindre écart dans sa manière de vivre, la moindre imprudence se font ressentir chez son enfant.

Il en est de même pour les nourrices qui donnent leur lait à un nourrisson.

A l'appui de ces idées nous pouvons citer le cas que M. le Professeur Budin a rapporté dans une des leçons faites à la Clinique Tarnier dans le courant de cette année.

Une nourrice, placée dans une famille, donne le sein à un enfant qui va très bien. Cette femme a un violent chagrin à la suite de la mort de son propre enfant. Le lendemain même l'enfant qu'elle nourrit est pris de diarrhée et diminue de 250 grammes. On la raisonne, on essaye de la consoler dans la mesure du possible et au bout de quelques jours la diarrhée disparaît chez le nourrisson et le poids redevient normal.

Ces exemples ne sont pas rares, nous pouvons en citer bien d'autres. Une des nourrices, à la Maternité, chargée de l'alimentation des enfants débiles (1), devient souffrante, elle a de la diarrhée et des vomissements. Aussitôt son enfant et les trois petits débiles qui lui étaient confiés diminuent de poids et présentent de la diarrhée et des vomissements.

(1) P. BUDIN. — Troubles survenus chez des nourrices. — Retenissement immédiat chez les nourrissons. — Leçon de clinique obstétricale, p. 381.

Une autre fois une bataille s'engage entre deux nourrices de la Maternité ; violente émotion de part et d'autre. Le jour même, les enfants nourris par ces deux femmes diminuent et ont des troubles intestinaux.

Nous avons vu souvent à la consultation des mères nourrissant elles-mêmes leurs enfants, se plaindre de ce qu'ils avaient eu de la diarrhée, et, en les interrogeant complètement, on finissait par apprendre que la mère fatiguée par la chaleur buvait beaucoup trop. On la rationnait et aussitôt les troubles disparaissaient chez l'enfant dont la courbe repartait.

Les nourrices doivent avoir un régime sévère, manger de la viande une seule fois par jour, boire peu de vin, pas d'alcool, manger des laitages, des viandes blanches, des légumes, des farineux et surtout faire au minimum deux heures de marche par jour.

C'est une erreur, malheureusement très commune, que de faire boire abondamment les nourrices, de leur donner des vins très riches en alcool, une nourriture azotée et cette erreur est préjudiciable à l'enfant qui présente alors tous les troubles de la suralimentation.

Ces phénomènes de suralimentation de l'enfant par suite de suralimentation de la mère ne s'observent guère dans les consultations de nourrissons indigents. Ce sont des accidents que l'on rencontre surtout dans les familles riches. La mère ne veut pas se fatiguer, on prend une nourrice. On fait venir une robuste campagnarde, habituée aux travaux des champs, vivant toujours en plein air, nourrie la plupart du temps de légumes, buvant peu de vin. Sa vie devient sédentaire. Son titre de nourrice d'enfant riche lui épargne les moindres fatigues. Elle sort en voiture ; quant au régime alimentaire : viandes rouges, vins généreux, préparations pharmaceutiques plus ou moins alcooliques lui sont prodigués. Les premiers temps l'enfant qu'elle nourrit augmente rapide-

dement ; mais les accidents ne se font pas attendre. Le nourrisson a d'abord des régurgitations, puis des vomissements, de la constipation, des rougeurs à la peau, de l'eczéma. Parmi tous les enfants qui suivent la consultation du Professeur Budin deux ont présenté ces accidents. On est parvenu à les enrayer complètement en modifiant le régime alimentaire de la mère.

A la Clinique Tarnier nous avons constaté trois cas semblables chez trois nourrices chargées d'alimenter les nouveaux-nés, les nourrices L., C., F.

Les trois enfants de ces nourrices furent pris de manifestations cutanées qui ne tardèrent pas à s'aggraver. L'enfant de la nourrice F. en particulier eut de l'eczéma sur tout le corps, particulièrement sur la tête et la figure ; on dut avoir recours à l'emploi du bonnet en caoutchouc.

L'analyse du lait de ces femmes fut faite avec grand soin par M. le Dr Michel, et il constata la présence d'une quantité de beurre considérable chez l'une d'elles, elle s'élevait à 65 grammes par litre.

Ces faits prouvent que la nourrice doit être l'objet d'une surveillance de tous les instants. Ils expliquent tous ces troubles cutanés, longtemps attribués à une diathèse goutteuse ou rhumatismale, dont les enfants auraient hérité de leurs parents.

En voici un autre exemple :

Il s'agit d'un enfant de la ville, né en novembre 1898. La mère, ne voulant pas allaiter elle même, choisit une nourrice, puis une deuxième, puis une troisième, et enfin une quatrième, les trois autres n'ayant pas convenu. Celle-ci a beaucoup de lait et l'enfant augmente dans les proportions de 40, 50 grammes par jour. Le père qui est médecin fait diminuer le temps de chaque tétée ; malgré cela l'augmentation dépasse toujours la moyenne, 40, 45 grammes par jour. Puis les vomissements arrivent, les gardes robes sont mal digérées. Au bout de trois semaines apparaît de l'eczéma derrière l'oreille, puis sur le

cuir chevelu. Le père va de suite consulter un spécialiste. Malgré toutes les prescriptions, suivies à la lettre, l'eczéma ne fait qu'empirer.

C'est alors qu'on donne au père le conseil de faire analyser le lait de la nourrice et on trouve 65 grammes de beurre par litre. La nourrice ne voulant pas modifier son régime alimentaire est renvoyée.

L'enfant est mis au lait stérilisé. Au bout de trois semaines toute trace d'eczéma a disparu et jamais plus il n'y eut lieu d'observer de nouveau ces accidents

Mais il arrive qu'une nourrice ayant une hygiène sévère ait malgré cela un lait beaucoup trop riche en beurre. Témoin le fait suivant :

Une nourrice ayant beaucoup de lait donnait toutes les deux heures régulièrement, et avec beaucoup de soin, à téter au nourrisson qui lui était confié. L'enfant vomissait avait des selles mal digérées.

Comme malgré cela il augmentait beaucoup de poids, on pense à la suralimentation et on ne le laisse plus que cinq minutes au sein. Les accidents ne s'amendent pas. On fait analyser le lait en prélevant un échantillon au commencement de la tétée, un autre au milieu, un troisième à la fin et l'on trouve 80 grammes de beurre par litre au lieu de 35 grammes, chiffre normal.

On change de nourrice et tout rentre dans l'ordre. La nourrice se place dans une autre famille et au bout de quelques jours le deuxième nourrisson présente les mêmes accidents que le premier.

En présence de cas analogues, lorsque l'hygiène de la nourrice sera stricte, son alimentation réglée, les tétées espacées suivant les règles établies plus haut, lorsque, après avoir pensé à la suralimentation, on aura diminué la durée de la tétée, et que les accidents persisteront il faudra faire l'analyse du lait.

L'hygiène de la nourrice devra donc être pour le médecin une préoccupation constante.

Première soupe. — Sevrage

La mère ne peut suffire le plus souvent seule à la nourriture de son enfant.

Aussi pour que l'enfant puisse plus longtemps profiter du sein de la mère on lui donne, vers 7 ou 8 mois, lorsque l'éruption dentaire est commencée, une soupe en supplément. Cette soupe doit être faite avec du lait et une farine alimentaire : phosphatine, racahout des arabes, fécule de pomme de terre, tapioca. L'avénose Michel qui est donnée aux femmes à la consultation, mélange de farine de maïs et d'avoine, est une excellente préparation qui plaît aux enfants. Mais jamais sous aucun prétexte on ne doit donner de soupe au pain à plus forte raison d'autres aliments et la première soupe ne doit pas être donnée avant 7 ou 8 mois. Nous avons vu à la consultation d'un hôpital d'enfants, deux enfants bien gravement malades cet été parce que leurs mères avaient enfreint cette règle.

L'un était âgé de 5 mois. Il avait une diarrhée abondante, profuse.

Le lange était couvert d'une matière brunâtre, mêlée de sang et par endroits franchement verte. Cet enfant avait été nourri exclusivement au sein jusqu'à 3 mois et jusque là s'était fort bien porté. Mais la mère s'imaginant que la beauté d'un enfant consistait dans une adipose considérable avait alors modifié le régime et gavé son enfant avec trois panades de pain grillé par jour en plus des tétées. L'enfant avait supporté cette suralimentation pendant deux mois et la mère heureuse avait constaté que son enfant pesait seize livres. Mais le troisième mois était le mois d'août et l'enfant payait son tribut à la gastro-entérite à forme particulièrement grave.

L'autre était un enfant de dix mois. Il était athrepsique au

plus haut point, et la mère venait consulter parce qu'il ne profitait pas. On l'interroge habilement. Elle prétend que son enfant est nourri au sein et peu à peu raconte qu'il boit du vin, mange de la viande, des pommes de terre et du bouillon, en un mot, qu'on le met à table avec ses parents.

Comme on le voit, il faut une grande prudence lorsqu'on commence à compléter le régime lacté absolu par d'autres substances alimentaires.

Quant au sevrage, on devra le reculer le plus tard possible, entre quinze et dix-huit mois, l'effectuant peu à peu, pour ainsi dire insensiblement, lui substituant l'allaitement par le lait stérilisé, qui, jusqu'à deux ans, doit être la base du régime alimentaire de l'enfant.

COMPLICATIONS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET CONTRE-INDICATIONS.

Mais l'allaitement maternel n'est pas toujours facile à diriger. Des complications, des impossibilités même surgissent, tant du côté de la mère que de celui de l'enfant.

COMPLICATIONS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL.

Parmi les complications les plus fréquentes, nous devons citer :

Du fait de la mère : La brièveté du bout de sein, son ombilication ;

Les gerçures et crevasses du mamelon ;

La galactophorite du sein ;

La menstruation des nourrices ;

La grossesse des nourrices ;

L'albuminurie de la grossesse et de l'accouchement ;

Les mères idiotes, épileptiques ;
Les cardiopathies de la mère ;
L'agalactie temporaire.
Du fait de l'enfant : La débilité congénitale ;
La grenouillette ;
Le filet ;
Les paralysies obstétricales.

COMPLICATIONS DU CÔTÉ DE LA MÈRE.

Brièvement et ombilication du mamelon.

Il s'en faut que le mamelon soit toujours conformé normalement. Il peut être très petit, plat, ombiliqué. On a proposé la succion pratiquée par un adulte ou par un enfant vigoureux pour corriger ces malformations. Mais le moyen de beaucoup préférable est l'emploi du bout de sein artificiel ou de la téterelle de M. Budin.

Téterelle de M. Budin (1). « Il faut, dit M. Auvard, des enfants complaisants et vigoureux pour réussir avec le bout de sein de M. Bailly ». Différentes téterelles ont donc été imaginées afin de rendre la succion moins difficile pour l'enfant.

La téterelle de M. Budin est une modification de la téterelle d'Auvard. Son emploi étant plus commode, nous allons la décrire.

Cette téterelle se compose d'une ampoule en verre sphérique rappelant un peu l'aspect d'un verre à ventouse.

Sur un des côtés, il existe une ouverture qui doit s'appliquer sur le sein. Cette ouverture est large, les bords

(1) P. BUDIN. Difficultés de l'allaitement. — Leçons de clinique obstétricale, p. 296.

sont évasés et ont une inclinaison en entonnoir qui leur permet de s'adapter sur le sein.

Aux deux extrémités de cette grande ampoule, sur un axe qui serait perpendiculaire à l'axe du mamelon, sont deux tubulures. A la tubulure supérieure est fixé un tube en caoutchouc terminé par un embout en porcelaine pour la mère. A la tubulure intérieure est fixé un deuxième tube de caoutchouc qui se termine par une tétine réservée à l'enfant. On peut mettre une soupape dans cette tétine. Les dimensions de la téterelle ont été combinées de telle façon que le vide soit aisément obtenu sans pour cela agir comme une ventouse en attirant le bout de sein jusqu'à la paroi opposée.

Ces dimensions sont les suivantes :

Diamètres de la partie évasée en entonnoir :

A la base, 6 centimètres.

Au collet, 2 cent. 4 millimètres.

Le grand diamètre de l'ampoule est de 4 centimètres.

Le mode d'emploi de cet appareil est très simple.

L'ampoule est appliquée sur le sein. La tétine est mise dans la bouche de l'enfant.

La mère, à l'aide de l'embout en porcelaine, fait le vide, le lait jaillit et tombe dans la partie la plus déclive. Aussitôt que l'enfant fait des mouvements de succion, le lait pénètre dans sa bouche.

Cette téterelle se nettoie facilement à l'aide d'un écouvillon. Elle doit être trempée dans l'eau bouillante une fois par jour et maintenue en permanence dans une solution boriquée dans l'intervalle des tétées.

Elle est fragile mais d'un prix modique qui permet de la renouveler aussitôt que cela est nécessaire.

Grâce à cette téterelle la brièveté simple du bout de sein peut être corrigée. On arrive aussi par son emploi à utiliser le lait de la mère lorsque le mamelon est plat.

Quand il est ombiliqué on en est réduit à l'allaitement au sein par une nourrice sur lieu ou à l'allaitement artificiel.

Gerçures et crevasses du mamelon

Les gerçures et crevasses du mamelon sont une cause fréquente de sevrage prématuré. Elles sont excessivement douloureuses et, à cause de cette douleur, la mère est obligée de cesser l'allaitement au sein.

Non soignées, elles peuvent être le point de départ d'accidents beaucoup plus graves : lymphangite du sein, galactophorite.

Les crevasses et gerçures du mamelon ont presque toujours pour cause une faute dans les soins que l'on doit donner aux seins d'une femme qui nourrit.

En effet, le bout de sein a besoin d'être préparé pour l'allaitement. Dans les derniers jours de la grossesse il convient non seulement de le tenir propre comme toutes les autres parties du corps, mais de le débarrasser par des procédés antiseptiques, des microbes qui s'y tiennent en permanence. Il faut donc faire chaque jour une toilette spéciale du mamelon, le laver par exemple avec une solution de sublimé à 1 pour 4.000, Après l'accouchement, il faut continuer ces soins avec persévérance, laver le mamelon avant et après chaque tétée, l'essuyer avec un linge fin, éviter la macération et pour cela ne pas laisser l'enfant au sein après qu'il a pris ce qui lui est nécessaire. La plupart du temps, lorsque les seins d'une femme sont tenus proprement, ils n'ont ni gerçures, ni crevasses.

Mais lorsque l'accident est arrivé que doit-on faire ? Des pansements antiseptiques seuls seront employés. On

mettra d'abord sur le sein malade un taffetas gommé qui protégera toute la partie saine contre l'action irritante du pansement.

Ce taffetas sera percé au milieu d'une ouverture circulaire qui laissera passer le mamelon. On tiendra en permanence sur le bout de sein de petits tampons d'ouate hydrophile imbibés d'une solution faible de sublimé ou d'alcool. Ce pansement sera recouvert d'un taffetas gommé.

Lorsque la crevasse ira mieux, on se contentera de faire minutieusement la toilette du mamelon avant et après chaque tétée et le pansement humide sera remplacé par un pansement sec aseptique.

Les crevasses sont plus ou moins graves. Quelquefois elles sont si profondes que le mamelon est presque entièrement détaché du sein et que l'allaitement est absolument contre indiqué.

Elles sont toujours douloureuses.

On a conseillé l'emploi de badigeonnages au gaïacol ou à la cocaïne. Comme ces substances pourraient être nuisibles à l'enfant, il vaudra mieux, pendant deux ou trois jours, interrompre l'allaitement, faire des pansements bien propres. Des crevasses bien soignées ne s'éternisent pas. En tout cas, le bout de sein artificiel est indiqué dans les cas où l'allaitement est possible, la douleur étant de moyenne intensité.

Galactophorite

La galactophorite a pour signe l'écoulement du pus par le bout de sein. Son début est insidieux. Parfois c'est l'enfant qui fait faire le diagnostic. Il présente des accidents intestinaux, il a de la fièvre 24, 36 heures, avant toute

manifestation générale chez la mère. Ne trouvant chez l'enfant aucune cause expliquant cette température, on examine la mère attentivement. Si on exerce une pression à la base des seins, on voit sourdre à la surface du mamelon par l'orifice des conduits, un liquide dans lequel on reconnaîtra la présence du pus à sa couleur, à sa consistance son défaut d'imbibition de l'ouate sur laquelle on le recueille.

L'enfant ne doit pas téter le sein atteint de galactophorite.

Pendant l'allaitement il faut éviter de mettre les mamelons en contact avec du pus venant de l'enfant, lorsqu'il y a ophtalmie purulente, suppuration du côté de la bouche, etc.

L'évacuation complète du pus par des pressions répétées suffit pour amener la guérison de la galactophorite (1).

Quel est l'avenir d'un sein dans lequel il y a eu de la galactophorite? Le plus souvent la sécrétion lactée se rétablit d'autant mieux que le traitement a été institué de bonne heure. Mais il arrive aussi que l'épithélium profondément atteint ne récupère pas son intégrité parfaite et que la sécrétion lactée ne se rétablisse pas du côté malade.

En voici un exemple :

La femme M..., est accouchée le 29 janvier 1899, à la Clinique Tarnier.

Elle est excellente nourrice lorsque, le 3 mars, elle est prise de galactophorite du sein droit. On vide le sein par expression et on maintient sur le mamelon un pansement antiseptique.

Jusqu'au 10 mars l'enfant ne tète donc que le sein gauche. Puis la mère étant guérie donne les deux seins, mais le lait ne

(1) P. BUDIN. Leçons de clinique obstétricale : la Galactophorite, p. 439.

revient qu'en quantité infime dans le sein droit si bien que l'enfant est élevé exclusivement avec un seul sein. Il pèse 8.250 grammes au mois d'octobre. Le sein gauche seul a suffi à l'alimentation.

Le sein malade a donc été profondément atteint par la galactophorite.

En présence de cas analogues, lorsque la sécrétion lactée ne sera pas suffisante dans le sein qui n'aura pas été atteint, on devra avoir recours à l'allaitement mixte.

Nourrices qui ont leurs règles.

Pendant la durée de l'allaitement les règles en général sont interrompues. Certaines nourrices cependant voient leur période menstruelle revenir, soit régulièrement soit irrégulièrement, pendant qu'elles allaitent.

La menstruation régulière est la plus rare. Nous en avons observé quelques cas.

En voici un :

OBSERVATION I. -- L'enfant, n° 900 du registre, est né le 2 janvier 1898 pesant 2.350 grammes.

Le 5 février il pèse 3.480 grammes.

Le 16 février, c'est-à-dire un mois après l'accouchement, la mère a ses règles. Elle les a tous les mois.

Le 7 octobre, le lait diminuant sensiblement, on met l'enfant à l'allaitement mixte et on lui donne 5 bouteilles de 80 grammes en plus du sein de la mère.

Le 6 janvier il a un an.

Il ne pèse que 7.270 grammes on donne six bouteilles de 80 grammes.

Le 17 janvier la mère, ayant de moins en moins de lait, on lui donne sept bouteilles de 100 grammes.

Ce n'est pas encore suffisant car du 17 janvier au 27 janvier

il diminue de 80 grammes. On lui donne donc huit bouteilles de 100 grammes.

Le 26 mai il pèse 8.080 grammes puis il a la coqueluche et son observation est interrompue jusqu'au 25 août époque à laquelle, guéri, il revient à la consultation. Le lait a alors complètement disparu chez la mère et l'enfant n'a plus que du lait stérilisé.

Les femmes qui ont leurs règles sont comme on le voit de médiocres nourrices, soit qu'elles aient leurs règles régulièrement, soit qu'elles les aient deux, trois, quatre fois seulement pendant toute la durée de l'allaitement. La courbe de leur enfant oscille autour de la moyenne. Le plus souvent elle est sensiblement au-dessous et l'on est obligé d'aider la mère en lui donnant du lait stérilisé.

En voici d'autres exemples :

OBSERVATION II. — L'enfant, n° 988 du registre, est né le 5 août 1898, pesant 3.500 grammes.

Jusqu'au 30 septembre 1898 il a été exclusivement nourri par sa mère, le 30 septembre la mère a ses règles, l'enfant qui pèse 5.220 grammes a augmenté de 14 grammes par jour dans la semaine. On lui donne deux bouteilles de 80 grammes en supplément.

Le 21 octobre il pèse 5.960 grammes.

Il a augmenté de 41 grammes par jour en moyenne. Ce qui prouve que dans l'intervalle de deux périodes menstruelles le lait de la mère a retrouvé ses qualités. On ne donne plus donc qu'une bouteille de 80 grammes de lait stérilisé.

La mère a de nouveau ses règles le 11 novembre, et du 11 au 18 novembre l'enfant augmente de 30 grammes en tout.

On est obligé d'augmenter la quantité de lait stérilisé, mais cette fois-ci progressivement jusqu'au 23 juin 1899, époque à laquelle la sécrétion lactée est complètement tarie, l'enfant n'a plus que du lait stérilisé. En effet, les règles sont revenues tous les mois, sans retour intégral de la sécrétion lactée dans l'intervalle de deux menstrues, mais au contraire avec une diminution constante et régulière de cette sécrétion.

OBSERVATION III. — L'enfant, n° 929 du registre, est né le 27 avril 1898, pesant 2.950 grammes. La mère n'a qu'un sein qui fonctionne ; elle nourrit ainsi son enfant jusqu'au 17 juin, époque à laquelle on doit établir l'allaitement mixte.

Le 1^{er} mars 1899, son enfant pèse 7.470. Il ne reçoit que quatre bouteilles de 50 grammes et prend une soupe de fécule de pommes de terre.

Le 27 mars la mère a ses règles. Elles sont donc venues bien tardivement, et cependant, avec leur apparition, la sécrétion lactée diminue sensiblement et peu à peu disparaît. De sorte qu'au mois de juillet l'enfant qui pèse 8.600 grammes reçoit huit bouteilles de 75 grammes et est exclusivement à l'allaitement artificiel.

L'enfant présente-t-il des troubles au moment des règles de la mère ?

Le plus souvent ces troubles sont légers et ne se manifestent que par un poids stationnaire, ou une diminution de poids coïncidant avec le flux menstruel. Quelquefois ils sont plus marqués.

Nous avons vu un enfant, le n° 1011 du registre, qui avait des selles diarrhéiques verdâtres, des vomissements chaque fois que sa mère avait ses règles. Ces accidents cessaient en même temps que le flux menstruel. A un an, le 1^{er} septembre 1899, cet enfant nourri au sein pesait 8.660 grammes, chiffre d'autant plus inférieur à la normale que son poids de naissance était 4.020 grammes.

Un autre, observé en dehors de la consultation, avait des convulsions chaque fois qu'il tétait sa nourrice pendant la durée des règles, de telle sorte qu'on dut le sevrer et l'élever artificiellement.

Ces faits ne sont pas encore expliqués. Ils ont cependant été étudiés. Vernois et Becquerel ont relevé une augmentation des substances fixes du lait portant sur la caséine, le beurre et les sels, avec diminution du sucre (1).

(1) Cité par MARFAN, in *Traité de l'Allaitement*, p. 236.

Un fait assez fréquent, paraît-il, est la réapparition des corpuscules de colostrum dans le lait.

Quoiqu'il en soit, il y a là une relation de cause à effet qui est une indication clinique suffisante.

Lorsque l'enfant ne présente pas d'accidents du côté de son tube digestif, on surveillera son développement afin d'établir l'allaitement mixte s'il y a lieu.

Mais s'il a des troubles graves, l'allaitement au sein sera contre indiqué.

Nourrices enceintes.

Le lait des nourrices qui deviennent enceintes n'est pas un poison comme on l'a pensé longtemps.

M. le professeur Budin, dans une leçon de cette année, nous raconta le cas d'une femme cubaine qui, nourrissant son premier enfant, devient enceinte. Elle n'interrompt pas l'allaitement pendant tout le cours de la grossesse et ce premier enfant n'est sevré que pour permettre au deuxième qui vient de naître de prendre sa nourriture.

Chez les nourrices enceintes la question de l'allaitement se pose ainsi :

La mère est-elle assez forte, assez bien portante pour suffire à la nourriture de l'enfant qu'elle porte et de celui qu'elle nourrit ?

Si oui, son lait n'étant pas modifié par sa grossesse elle pourra continuer à nourrir.

Sinon on devra interrompre l'allaitement au sein et établir l'allaitement artificiel.

Albuminurie de la grossesse et de l'accouchement.

Cette question a été étudiée par Dumas, de Montpellier (1) (1880), Paul Cassin, d'Avignon (2) (1880), par le Dr Gamulin (3), élève de M. le professeur Pinard (1896), et tout récemment M. le professeur Budin et M. le Dr Chavane firent à ce sujet une remarquable communication à la Société d'Obstétrique (4).

Nous reproduisons ici les conclusions de M. le professeur Budin :

« Contrairement à l'opinion formulée autrefois, les femmes qui ont de l'albuminurie de la grossesse, même celles qui ont eu des attaques d'éclampsie, peuvent nourrir leurs enfants.

« Souvent la disparition de l'albumine a lieu rapidement et l'allaitement se poursuit sans rien présenter de particulier.

« Quand l'albumine persiste, ce qui est exceptionnel, l'allaitement peut néanmoins être continué et la guérison de la mère n'en paraît pas empêchée.

« Quand la mère n'a pas une quantité suffisante de lait on peut recourir à l'allaitement mixte.

« Il est évident que les mères et les enfants devront être surveillés avec soin ; l'allaitement au sein pourra être suspendu dans les cas où il surviendra des complications et des contre-indications. »

(1) Dr DUMAS. *Thèse*, Montpellier 1880.

(2) P. CASSIN, cité par BUDIN, *Bulletin de la Société d'obstétrique*, mars 1899.

(3) Dr GAMULIN. *Thèse*, Paris 1896.

(4) P. BUDIN et CHAVANE. — De l'allaitement chez les femmes qui ont eu de l'albuminurie de la grossesse : *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 16 mars 1899.

Ces conclusions ont été tirées de l'observation de huit femmes qui avaient eu de l'albuminurie de la grossesse. Deux d'entre-elles avaient eu de l'albumine dans les urines après l'accouchement, l'une pendant un mois, l'autre pendant trois mois.

Voici une autre observation qui rentre dans cette catégorie.

La femme H... est accouchée le 19 mai 1898 à la Clinique Tarnier.

Non seulement elle a eu de l'albuminurie de la grossesse, mais elle a eu quatorze attaques d'éclampsie, huit chez elle et six à la Clinique au moment de son accouchement. Malgré cela, l'enfant naît vivant. L'albuminurie persiste après l'accouchement, et ce n'est que le 1^{er} juillet qu'on n'en trouve plus dans l'urinè. Cependant, l'enfant mis au sein deux jours après l'accouchement, la montée laiteuse s'étant faite normalement, a été exclusivement nourri au sein. Le 1^{er} juillet il pèse 3.240 grammes. Il a donc augmenté de 1.120 grammes en quarante-deux jours, ce qui fait une moyenne de 26 gr. 60 par jour, chiffre normal si l'on considère le poids de naissance de l'enfant.

L'allaitement au sein est continué ensuite par la mère et ne présente rien de particulier.

Les mères idiotes, épileptiques peuvent-elles nourrir ?

Cette question est difficile à résoudre et l'on n'a encore à ce sujet que fort peu d'observations. Cependant, en surveillant les femmes, comme on le fait dans une consultation de nourrissons, on obtient des résultats étonnants.

M. le professeur Budin nous citait, dans ses cliniques de cette année le cas, d'une femme T..., épileptique, qui

avait perdu complètement la mémoire. Cette femme suivait tous les samedis la consultation de la Maternité. Elle ne se souvenait exclusivement que du numéro du boulevard de Port-Royal où se trouve la Maternité.

Le cas de cette femme était d'autant plus intéressant que, n'ayant pas de lait, elle élevait son enfant avec du lait stérilisé.

A la Clinique Tarnier nous avons observé deux cas analogues chez des minus habens. Mais que de difficultés n'a-t-on pas rencontrées ?

Voici ces deux observations :

OBSERVATION I. — Dé..., né à la Clinique, le 8 mai 1899, pesant 2.470 grammes, sort le 14 mai, pesant 2.680 grammes. Jusqu'au 14 août, la mère n'amène pas son enfant à la consultation de nourrissons. Le 14 août elle s'y décide cependant. Son enfant pèse 4.950 grammes.

La mère n'a plus assez de lait et on lui donne 375 grammes de lait stérilisé pour lui venir en aide.

Le 25 août, l'enfant n'ayant augmenté que de 14 grammes par jour en moyenne, on lui donne 450 grammes de lait stérilisé.

L'enfant va bien, augmente régulièrement jusqu'au 29 septembre.

Le 29 septembre, jour de la consultation, on constate qu'il a diminué de 530 grammes dans la semaine.

On interroge la mère et on finit par lui faire avouer qu'elle lui a donné de la panade, des croutes de pain et surtout qu'au lieu de lui donner son lait dans les petites bouteilles préparées à cet effet à la laiterie de l'hôpital, elle les transverse tout simplement dans un biberon à tube en caoutchouc.

L'enfant a de la diarrhée verte et des vomissements. On le fait entrer à la Clinique avec sa mère.

La température rectale est de 35°. On ordonne immédiatement des bains chauds, des frictions et on le met à la diète hydrique avec 30 grammes de lait de nourrice trois fois par jour.

On lui donne également une potion alcoolique avec bismuth, benzo-naphtol et élixir parégorique, et on le met dans une couveuse. Le lendemain et les jours suivants il a 39° et même 40°,2. Il tousse, il est oppressé il a de 70 à 80 respirations par minute. A la percussion pas de matité, à l'auscultation pas de souffle, mais des râles fins de bronchite commençante.

On lui donne des bains frais puis des bains sinapisés.

Dès le troisième jour, la diarrhée et les vomissements s'arrêtent.

Le cinquième jour, les râles fins disparaissent après être devenus de gros râles humides et le petit malade entre en convalescence.

Le 8 octobre, la mère veut à toute force quitter la Clinique. Elle déclare hautement qu'elle voit bien que c'est le lait qui fait mal à son enfant et qu'elle est bien décidée à l'élever avec de la bouillie. L'enfant pèse alors 5.200 grammes.

OBSERVATION II. — L'enfant D.... est né le 22 juillet 1898, pesant 3.700 grammes. La mère ne vient le présenter à la consultation que le 27 août parce qu'il a des vomissements et de la diarrhée. Il n'a augmenté que de 40 grammes depuis sa naissance.

On est obligé d'instituer l'allaitement mixte. La mère soigne très bien son enfant ; elle écoute les observations qu'on lui fait. Mais, pendant les vacances, M. le professeur Budin étant absent, elle se révolte. Elle prétend que son enfant n'augmente pas suffisamment et elle lui donne du lait de la ville en plus du lait stérilisé qu'on lui donne à la Clinique. Elle lui fait prendre du vin, de la soupe, des œufs, du chocolat. Et le 4 septembre 1899 elle apporte son enfant à la consultation. Il a de la gastro-entérite. Il a diminué de 240 grammes dans la semaine. Pendant plus de quinze jours il faut lutter avec elle et l'empêcher d'écouter tous les conseils qu'elle recevait des voisines. Enfin, le 27 septembre, l'enfant est guéri, il pèse 9.080 grammes, mais, détail curieux, on est obligé ensuite chaque semaine de dire à la mère que son enfant a augmenté considérablement pour obtenir qu'elle continue à faire ce qu'on lui dit.

Les maladies de cœur sont-elles une contre-indication à l'allaitement ?

Peter disait : Jeune fille pas de mariage. Jeune femme pas d'enfant. Jeune mère pas d'allaitement.

Il est évident qu'on est beaucoup moins exclusif maintenant et quand une lésion cardiaque est bien compensée non-seulement le mariage, mais par suite la conception, peuvent être autorisés. Quant à l'allaitement il est aussi très difficile de se prononcer.

Cependant nous avons vu une femme G... atteinte d'une double lésion mitrale, avoir trois grossesses successives dont une gémellaire, la première, et qui n'eut aucun accident pendant ses grossesses.

Cette femme donna d'abord le sein à ses deux jumeaux; mais au bout de quelques semaines on lui donna du lait stérilisé pour lui venir en aide.

Quant aux deux autres enfants elle les nourrit elle-même et prétend ne jamais s'être si bien portée. Elle est venue à la Clinique dernièrement demander l'autorisation de sevrer le dernier. Elle l'a allaité seule pendant un an.

Agalactie temporaire

Il arrive souvent que la mère paraisse être une médiocre nourrice et que peu à peu la sécrétion lactée s'établisse en quantité suffisante.

Nous en donnons les exemples suivants :

1897, n° 869. — Enfant né le 22 novembre 1897, pesant 3.750 grammes, il sort le 2 décembre pesant 3.720 grammes. Puis

le lait de la mère n'est pas suffisant, le 4 décembre l'enfant a diminué de 120 grammes. On lui donne trois bouteilles de 50 grammes.

Le 11 décembre le lait paraît revenir, on ne donne que deux bouteilles de 50 grammes. Enfin le 18 décembre, le lait est complètement revenu dans les seins de la mère, l'enfant pèse 4.200 grammes. On supprime le lait stérilisé. L'enfant est suivi jusqu'au 14 octobre 1898. Il pèse alors 9.500 grammes il n'a pas encore de soupe. La mère a suffi seule à la nourriture.

1898, n° 966. — L'enfant est né le 25 juin 1898 pesant 3.210 gr. La mère le nourrit seule jusqu'au 14 octobre. A cette époque, le lait diminuant sensiblement, on donne une bouteille de 75 gr. par jour, cela jusqu'au 25 novembre. On supprime alors cette bouteille de lait stérilisé et la mère continue seule la nourriture. Le 23 juin 1899, l'enfant pèse 9.360 grammes.

1899, n° 1079. — Enfant S..., né le 3 février 1899, pesant 3.150 grammes.

La mère a peu de lait. Le 20 février, l'enfant ne pèse que 2.970 grammes. On le fait téter et l'on constate qu'en dix minutes il n'a rien pris.

On lui donne six bouteilles de 50 grammes, le 24 février; il n'a augmenté que de 40 grammes, soit 10 grammes par jour.

On lui donne 7 bouteilles de 50 grammes. Le 3 mars on constate qu'il a augmenté de 48 grammes par jour dans la semaine; on diminue la quantité de lait et on ne lui donne que six bouteilles de 50 grammes.

Le 10 mars, même augmentation de 48 gr. 50 par jour. On ne lui donne que quatre bouteilles de 50 grammes.

Enfin, le 2 juin le lait est complètement revenu dans les seins de la mère qui fait une excellente nourrice.

Le 1^{er} septembre, son enfant âgé de 8 mois pèse 8.560 gr. C'est un des plus beaux de la consultation.

COMPLICATIONS DU COTÉ DE L'ENFANT

Le filet, la grenouillette, les paralysies obstétricales ne sont pas à proprement parler des complications.

Il est rare, exceptionnel, que la brièveté du frein de la langue mette obstacle à l'allaitement.

On dit que la grenouillette est une contre-indication à l'allaitement.

Or, au mois d'août, nous avons pu observer à la Clinique un enfant atteint de grenouillette et qui non seulement tétait sa mère sans difficulté mais encore avait une courbe idéale.

Les paralysies obstétricales consécutives à une application de forceps disparaissent rapidement. Si elles rendaient la succion impossible on en serait quitte pour nourrir l'enfant au verre où à la cuiller avec le lait pris à la mère (téterelle) pendant quelques jours.

La débilité congénitale est plus sérieuse. Si l'enfant n'a pas la force de téter il faut le nourrir ou au verre comme dans le cas précédent ou bien le gaver.

CONTRE-INDICATIONS A L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement maternel est contre-indiqué dans les cas suivants :

1° Lorsque la mère est atteinte de maladie aiguë contagieuse ;

2° Lorsqu'elle est atteinte de maladie aiguë non contagieuse ;

3° Lorsqu'elle est atteinte d'une maladie chronique apportant un trouble grave à son état général.

I. — Lorsque la mère est atteinte d'une maladie contagieuse il est évident que l'on doit aussitôt écarter l'enfant par simple mesure de prophylaxie.

II. — Lorsque la mère est atteinte de maladie aiguë non contagieuse, sa maladie a cependant sur le nourrisson un retentissement fâcheux. Non seulement la sécrétion lactée est diminuée, mais le lait est nocif. Bozzolo (1) a trouvé le pneumocoque dans le lait de nourrices atteintes de pneumonie.

Il contient certainement des toxines. Si on ne les a pas isolées, encore leur présence se manifeste cependant par des troubles dans la santé de l'enfant.

Il conviendra donc, dans ce cas, d'interrompre l'allaitement par la mère. Si on peut le remplacer par l'allaitement au sein par une nourrice sur lieu on le fera. Sinon on instituera l'allaitement artificiel. En voici un exemple :

1897, n° 875. — La femme M..., est accouchée le 6 décembre 1897. Elle nourrit son enfant jusqu'au 7 juin 1898.

Elle est alors atteinte d'une pleurésie franche aiguë, puis de congestion pulmonaire. Le lait disparaît complètement dans les seins de la mère. On établit l'allaitement artificiel. On donne huit bouteilles de 65 grammes de lait stérilisé.

Au mois de septembre 1899, l'enfant a 21 mois et reçoit 1.200 grammes de lait par jour. L'allaitement artificiel a été régulier et n'a rien présenté de particulier.

III. — Lorsque la mère est atteinte d'une maladie chronique apportant un trouble grave à son état général.

Dans ce cas, la première indication est d'éviter toute cause de fatigue, de surmenage à la mère.

(1) Cité par G. LYON, in *cl. thérapeutique*, p. 249.

Parmi les maladies chroniques il est utile d'insister tout particulièrement sur la tuberculose.

La grossesse et l'allaitement ont une action marquée sur la marche de la tuberculose et en font précipiter le dénouement fatal. Il n'est pas rare de voir une femme tuberculeuse enceinte, ou nourrice, chez qui la maladie avait évolué jusque-là d'une manière torpide, avoir des poussées aiguës de broncho-pneumonie tuberculeuse.

De plus la tuberculose est une maladie éminemment contagieuse, bien qu'elle ait une marche chronique.

Le lait contient peut-être des bacilles de Koch, le fait n'est pas encore suffisamment prouvé pour pouvoir l'affirmer, en tout cas, il contient sûrement des toxines. Il est donc urgent, dans l'intérêt et de la mère et de l'enfant, d'avoir recours à un autre procédé d'allaitement.

B. — ALLAITEMENT ARTIFICIEL ET ALLAITEMENT MIXTE

Quelle conduite tenir lorsque l'allaitement maternel est contre-indiqué ?

En règle générale nous rejetons absolument la nourrice à la campagne. Comment concevoir qu'une femme ignorante puisse, abandonnée complètement à elle-même, élever convenablement un enfant ?

Comment admettre aussi que pour la modique somme de trente ou quarante francs par mois, elle observe son engagement et donne le sein à l'enfant étranger en en privant le sien ?

Nombreuses sont les nourrices qui n'ont de nourrice au sein que le titre. En toute équité on ne peut leur demander leur dévouement alors que la propre mère de

L'enfant s'est dérobée à son devoir, ce qui est le cas pour la majeure partie des enfants envoyés en nourrice.

On pourra élever l'enfant de deux manières.

1^o Avec une nourrice sur lieu.

2^o Avec du lait pur stérilisé.

L'allaitement par une nourrice sur lieu se fera de la même manière que l'allaitement au sein par la mère.

Allaitement avec le lait pur stérilisé

L'allaitement avec le lait pur stérilisé est indiqué non seulement lorsque l'allaitement au sein est impossible du fait de la mère, mais encore lorsque l'enfant aura une malformation de la bouche (bec-de-lièvre) empêchant la succion et lorsque l'enfant sera syphilitique ou issu de syphilitiques.

Le lait pur stérilisé sera encore employé pour compléter l'allaitement maternel lorsque celui-ci sera insuffisant.

Nous ne reviendrons pas ici sur les différents procédés de stérilisation du lait. Ils ont tous été soigneusement décrits par le Docteur Henri de Rothschild dans son ouvrage sur « l'allaitement mixte et l'allaitement artificiel ».

A la Clinique Tarnier le lait est stérilisé à l'aide de l'appareil Gentile. Il est porté à 100° au bain-marie pendant trois quarts d'heure. Il est consommé dans les vingt-quatre heures.

Chaque vendredi on remet à la personne chargée de ce service un tableau indiquant le nom des enfants qui reçoivent du lait stérilisé ainsi que la quantité de lait à distribuer à chaque enfant.

Le lait est stérilisé et distribué en petites bouteilles contenant la valeur d'une tétée.

Au moment de s'en servir, la mère n'a qu'à tiédir le lait au bain-marie, enlever le bouchon de caoutchouc qui ferme hermétiquement la bouteille et le remplacer par une tétine qu'elle doit tenir d'une propreté rigoureuse.

L'avantage de ces petites bouteilles est immense, grâce à ce système la dernière tétée est aussi remplie de sécurité que la première. Il n'en serait pas ainsi si on donnait le lait stérilisé en flacons d'un demi-litre ou d'un litre ; la première tétée exceptée, le lait se trouverait dans les conditions du lait cru ordinaire au point de vue des microbes qui pourraient s'y développer.

Le lait est stérilisé chaque matin et de 9 heures à 11 heures. Les femmes viennent le chercher, elles ont pour cela des paniers spéciaux à cases excessivement pratiques.

Le lait stérilisé est employé pur.

On a accusé le lait stérilisé de bien des méfaits.

On l'a accusé de contenir des toxines que le chauffage ne détruit pas et d'être cause ainsi des accidents de gastro-entérite observés en été.

Cette objection n'est pas sans valeur, mais il faut distinguer.

Si la stérilisation a lieu aussitôt après la traite, ce qui se fait pour le lait stérilisé du commerce, ou si, comme à la Clinique Tarnier, le lait, déjà pasteurisé, transporté dans des bidons avec manchon central de glace, est stérilisé à 100° pendant trois quarts d'heure aussitôt arrivé, quelles toxines peut-il contenir ?

Il est bien entendu que ce lait ne provient pas de vaches tuberculeuses. Il ne saurait donc être nocif à aucun titre.

M. Le docteur Lesage a recherché ces toxines non seulement dans le lait stérilisé du commerce, mais encore dans le lait tardivement stérilisé, et n'a pu réussir à

démontrer leur présence. Cependant nos connaissances (1) actuelles sur la valeur du lait comme bouillon de culture nous font penser que, dans le lait stérilisé tardivement, ces toxines pourraient exister.

Pour M. Lesage, puisqu'il n'y a pas de toxines dans le lait stérilisé, la cause des diarrhées estivales infantiles serait la chaleur qui exalterait la virulence des bacilles, hôtes normaux de l'intestin.

« La conclusion peu consolante, mais confirmée malheureusement par la pratique, est que le lait stérilisé à 115° ou à 110°, excellent pendant neuf à dix mois de l'année, n'empêche nullement l'apparition des gastro-entérites au moment des chaleurs estivales (2) ».

La pratique des consultations de nourrissons, où le lait stérilisé à 100° est donné gratuitement aux mères pauvres qui ne peuvent pas nourrir elles-mêmes, prouve, au contraire combien le lait stérilisé est précieux pendant les chaleurs de l'été, puisque grâce à lui on observe parmi les enfants qui fréquentent la consultation *une morbidité très légère, une mortalité nulle*.

A la crèche Hippolyte Noiret (3), où M. le docteur Drapier a donné le lait pur stérilisé à 170 enfants, où par conséquent le champ d'observation était beaucoup plus vaste qu'à la consultation de la Clinique où l'on encourage surtout l'allaitement au sein, voici les résultats obtenus :

- 1° Pas un seul enfant n'a refusé le lait pur stérilisé ;
- 2° Jamais à l'examen des selles on n'a trouvé des débris coagulés indiquant une mauvaise digestion ;
- 3° Les selles ne sont pas fétides ;

(1) MIQUEL. — *Annales de micrographie*, 1890.

(2) LYON. — *Clinique thérapeutique*, p. 242.

(3) De l'emploi du lait stérilisé à Réthel par le docteur DRAPIER in *Obstétrique*, 1896.

4° Toutes les fois que les selles ont été anormales, il existait une maladie du tube digestif, antérieure à l'emploi du lait stérilisé ;

5° La progression des poids est aussi régulière que pour les enfants élevés au sein par une nourrice, et plus forte que pour ceux nourris avec du lait coupé d'eau.

On a accusé le lait stérilisé d'être moins bien digéré que le lait cru.

Des travaux très intéressants de M. le docteur Michel (1) il résulte que la stérilisation ne diminue pas comme on l'a prétendu la digestibilité des matières albuminoïdes, mais qu'elle l'augmente au contraire. Ces expériences ont été faites *in vitro*.

M. le docteur Chavane qui, dans sa thèse inaugurale (2), a étudié l'emploi du lait stérilisé a fait les observations suivantes :

« Avec le lait stérilisé, le caillot n'offre au doigt qui le presse aucune résistance, aucune sensation d'élasticité. Il se laisse pénétrer comme un liquide épais, de la crème par exemple. A l'examen microscopique, si on n'observe aucune différence du côté des globules graisseux, du moins les granulations de caséine sont notablement plus fines, plus homogènes. Ce n'est pas évidemment le caillot si ténu du lait de femme, ce n'est pas non plus le caillot que l'on observe avec le lait d'ânesse, mais le volume des granulations de ce dernier caillot est peu différent du volume de celles du lait stérilisé. Il y a donc évidemment du fait de cette chauffe du lait à 100°, non parvenu par conséquent à son point d'ébullition, une modification de la caséine.

(1) Etude comparative des ferments digestifs sur les matières albuminoïdes du lait cru et du lait stérilisé : *l'Obstétrique*, 1896.

(2) Du lait stérilisé. *Thèse*, Paris, 1893.

Cette modification porte sur l'état de division du caillot lui-même et sur son état moléculaire.

Il est probable que tels sont les motifs qui rendent le lait de la vache stérilisé plus facile à digérer que les laits cru et bouilli ».

Les faits cliniques sont à l'appui de ces raisonnements basés sur l'examen microscopique et des expériences de digestion in vitro.

Enfin le reproche le plus grave a été fait par M. le Dr Marfan.

M. le Dr Marfan lui a imputé ce qu'il a appelé la dyspepsie du lait pur stérilisé (1). *Nous ne craignons pas d'affirmer que cette dyspepsie du lait pur n'existe pas.*

Nous avons observé un grand nombre d'enfants à la consultation de la Clinique Tarnier, et ceux qui étaient nourris au lait pur stérilisé depuis leur naissance n'avaient ni gros ventre, ni chairs flasques et molles et leurs tégu-ments étaient aussi colorés que ceux des enfants nourris au sein. M. le Dr Marfan attribue au lait pur stérilisé une constipation opiniâtre suivie parfois de « selles liquides jaunes, panachées de blanc et de vert. »

Mais les enfants nourris au sein sont eux-mêmes très souvent constipés et la constipation ne saurait être imputée au lait de vache pur stérilisé.

Quant à la diarrhée, lorsque nous en avons trouvé chez les enfants à l'allaitement artificiel c'est que la mère avait commis une faute et avait donné de son chef autre chose à l'enfant que le lait pur stérilisé. En ne se contentant pas des explications données par la mère, en poussant un peu loin les investigations, on arrivait toujours à trouver la véritable cause de la diarrhée.

M. le Dr Marfan va jusqu'à accuser le lait pur stéri-

(1) in MARFAN. — Traité de l'allaitement.

lisé donné de bonne heure, de causer du rachitisme. Ici encore les faits cliniques démontrent que les enfants alimentés exclusivement avec le lait pur stérilisé, *et dont l'alimentation est bien dirigée*, n'ont jamais présenté d'accidents de ce genre. Ce qui permettait à M. le professeur Budin de nous dire, en nous présentant ces enfants : « Certes, nous ne travaillons pas pour les accoucheurs de l'avenir car le rachitisme est maintenant chose inconnue dans notre consultation ». Donc pas de coupage systématique, on ne coupera le lait que dans les cas rares où l'enfant ne le supportera pas, ou encore si l'enfant est débile.

Le coupage, du reste, fait par les mères n'est pas sans présenter des dangers. Il est difficile de faire admettre que l'eau de coupage doit être bouillie. Il est encore bien plus difficile de l'obtenir, et alors à quoi bon donner du lait stérilisé si on y ajoute l'eau plus ou moins contaminée de la fontaine ?

M. le professeur Budin a fait l'objection suivante au procédé du coupage (1) :

Si, à un litre de lait de vache, on ajoute deux litres d'eau, on obtient, pour un litre de mélange, trois fois moins de résidu sec.

Soit : 135 grammes : 3 = 45 grammes.

Si, à un enfant de une ou plusieurs semaines on donne 500 grammes de ce liquide, il ne prend en réalité que 45 grammes : 2 = 22 gr. 50 de résidu sec. 500 grammes de lait de femme lui en auraient donné 62 gr. 50.

Le coupage offre des dangers. Il n'a aucun avantage sur l'emploi du lait stérilisé pur.

Il diminue notablement l'équivalent nutritif du lait ingéré.

(1) Leçons de clinique obstétricale.

Il ne saurait être conseillé en règle générale.

Il ne peut l'être que dans des cas particuliers.

Quant à la direction de l'allaitement, la balance sera le meilleur guide.

Ce n'est qu'en voyant l'enfant régulièrement, en le pesant souvent, que l'on pourra juger de la quantité de lait qu'il doit prendre.

De même pour l'allaitement mixte. On ne saurait formuler de règle générale : la quantité de lait à donner est proportionnelle avec celle que fournit la mère.

Nous voulons faire une dernière remarque : on a coutume de donner de grandes quantités de lait aux enfants. A la consultation, les enfants d'un an à deux ans ne prennent guère plus de 1.200 grammes de lait. Ce n'est pas la quantité de lait ingérée qui importe, mais la quantité utilisée. Il n'est pas rare de voir des enfants d'un an n'avoir en tout que 900 à 1.000 grammes, sur lesquels on retire la quantité nécessaire pour faire une ou deux soupes, suivant les cas.

Le lait stérilisé est donc un aliment parfait.

Il remplace avantageusement le lait d'ânesse, qui a le tort immense de coûter 12 francs le litre.

Il permet à la mère, chez qui l'allaitement au sein est contre-indiqué, de donner elle-même à son enfant tous les soins que sa faiblesse réclame.

Il est la solution du problème délicat de l'allaitement des nourrissons syphilitiques.

Enfin, dans les classes pauvres, où la lutte pour la vie vient encore mettre des obstacles à l'allaitement au sein, il permet d'élever un grand nombre d'enfants qui, sans lui, auraient de sérieuses chances de ne pas même atteindre la première année.

CONCLUSIONS

Les consultations de nourrissons constituent un progrès immense dans la question de l'allaitement qui est ainsi tout entier entre les mains du médecin.

On y encourage surtout l'allaitement au sein.

On y utilise tout le lait de la mère lorsqu'elle est une nourrice insuffisante.

On y distribue du lait pur stérilisé à 100° soit pour compléter l'allaitement maternel insuffisant soit pour le remplacer par l'allaitement artificiel lorsque cette nécessité s'impose.

La surveillance hebdomadaire de l'enfant permet de prévenir des accidents graves de gastro-entérite.

La morbidité est considérablement diminuée pendant les chaleurs de l'été.

Les accidents de diarrhée infantile sont rares.

Ils ne sont presque jamais graves étant enrayés dès le début.

La mortalité par gastro-entérite a été nulle à la Clinique Tarnier cette année. 123 enfants ont été suivis. Il est permis d'en conclure que la mortalité infantile en général si effroyable surtout pendant l'été sera de beaucoup

diminuée lorsque les consultations de nourrissons seront plus nombreuses.

Nous souhaitons donc de toutes nos forces que chaque ville, dans un avenir prochain, ait sa consultation de nourrissons. Ce sera faire de la bonne besogne que suivre la voie tracée par M. le Professeur Budin, dès 1892 et dont le but suprême est la repopulation de la France par la diminution de la mortalité infantile.

Vu : PAR LE PRÉSIDENT DE THÈSE
BUDIN.

Vu : PAR LE DOYEN,
BROUARDEL.

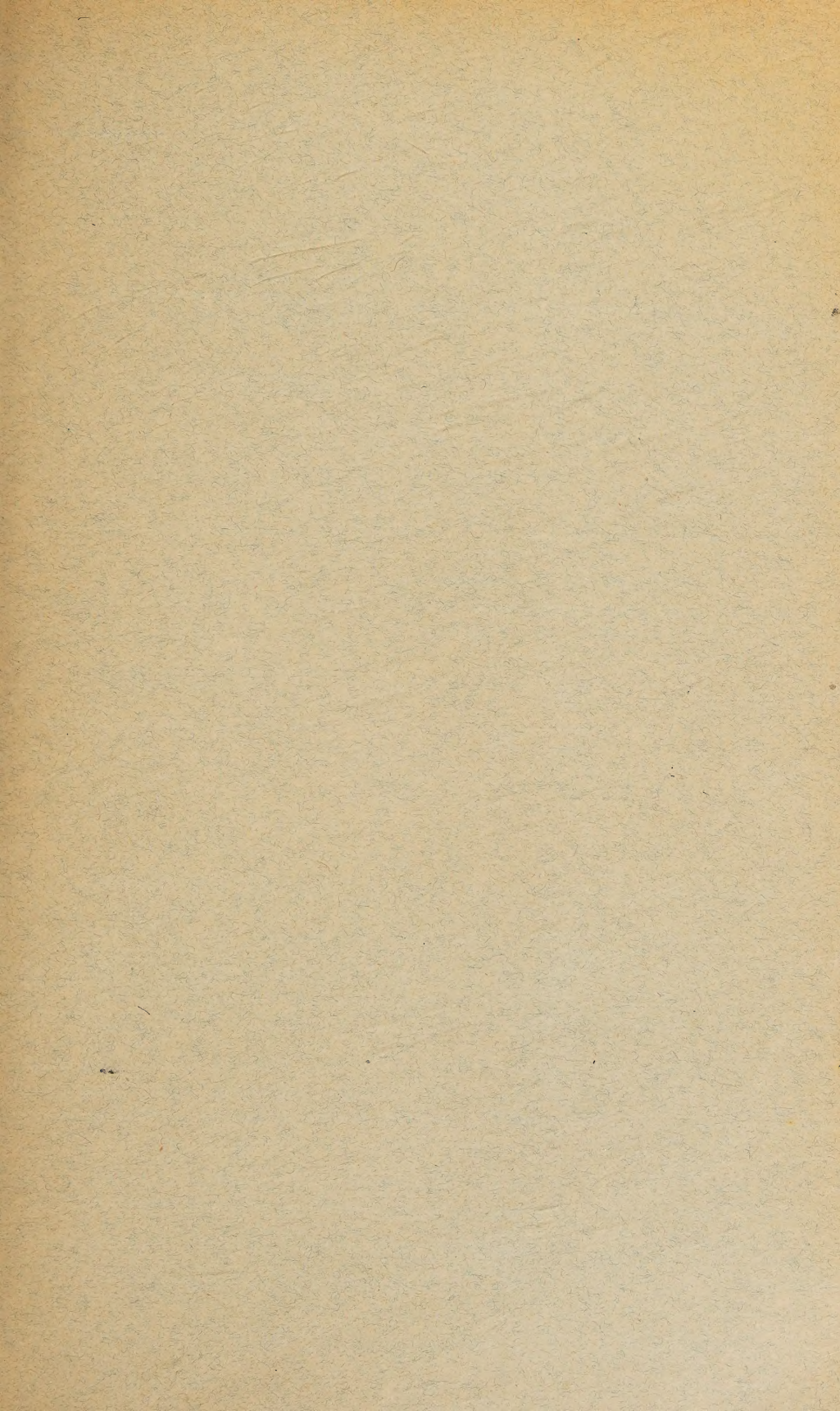
Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BUDIN et CHAVANE. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, du 25 juillet 1893.
- MAUCHAMP. — *Thèse*, Paris, 1899.
- H. DE ROTCHSHILD. — Allaitement artificiel et allaitement mixte. Paris, 1898.
- CHAVANE. — Une année de consultation, rue du Chemin Vert, in *obstétrique*, 1896.
- V. BUDIN. — *Comm. Acad. Méd.*, 25 juillet 1899.
- TARNIER et CHANTREUIL.
- V. BUDIN. — Leçons cliniques obstétricales.
- Ch. MICHEL. — Nutrition normale du nouveau-né, *Obstétrique*, 1896.
- MARFAN. — Traité de l'allaitement.
- DUMAS. — *Thèse*, Montpellier, 1880.
- GAMULIN. — *Thèse*, Paris, 1896.
- P. BUDIN et CHAVANE. — De l'allaitement chez les femmes qui ont eu de l'albuminurie de la grossesse, *Soc. obstétrique*, 16 mars 1899.
- LYON. — Leçons cliniques thérapeutiques.
- MIPUEL. — *Annales de micrographie*, p, 242.
- DRAPIER. — Emploi du lait stérilisé à Réthel, *Obstétrique*, 1896.
- CHAVANE. — *Thèse*, Paris, 1893.

CHAVANE. — *Yvesse, Paris, 1893.*
 BARNIER. — *Enquête de l'infantilité à l'école, Obstétrique, 1896.*
 MÉRIS. — *Études de micrographie, p. 245.*
 LEON. — *Leçons cliniques obstétricales.*
 18 mars 1899.
 ont eu de l'abondance de la grossesse, 20e obstétrique.
 M. BERNARD CHAVANE. — *De l'allaitement chez les femmes qui*
 GASTEL. — *Yvesse, Paris, 1896.*
 DUBAS. — *Yvesse, Montpellier, 1890.*
 MARTEL. — *Traité de l'allaitement.*
 1896.
 G. BERNARD. — *Nutrition normale du nouveau-né, Obsté-*
trique, 1896.
 V. BERNARD. — *Leçons cliniques obstétricales.*
 TAYLOR et CHAVANE.
 V. BERNARD. — *Com. Acad. Méd., 25 juillet 1899.*
 in obstétrique, 1896.
 CHAVANE. — *Une année de consultation, rue du Chemin Vert,*
 mixte, Paris, 1898.
 II. de ROCHER. — *Allaitement artificiel et allaitement*
 MACHAN. — *Yvesse, Paris, 1899.*
 25 juillet 1893.
 BERNARD CHAVANE. — *Publication de l'Académie de médecine.*



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN.
